

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Adrien PORTE

né à Thorigny-sur-Vire (Manche), le 15 Juillet 1872.

369

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉTHODE SCLÉROGÈNE

DANS LA PRATIQUE A LA CAMPAGNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Jury

*{ professeur : M. STRAUS.
agregés : MM. POIRIER et WIDAL.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical,*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

369

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Adrien PORTE

né à Thorigny-sur-Vire (Manche), le 15 Juillet 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉTHODE SCLÉROGÈNE

DANS LA PRATIQUE A LA CAMPAGNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Jury { *professeur : M. STRAUS.*
 { *agrégés : MM. POIRIER et WIDAL.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIÉR.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTÉTER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial et de profonde reconnaissance.

A MA SŒUR & A MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Pendant un remplacement qu'il nous a été donné de faire chez notre excellent ami, le D^r Duros, nous avons eu l'occasion d'appliquer au traitement de tuberculoses locales, la méthode sclérogène et elle nous a paru donner de bons résultats; ayant pu d'ailleurs apprécier les services rendus par les injections de chlorure de zinc, à plusieurs malades traités depuis assez longtemps, il nous a semblé qu'il pourrait être intéressant de rapporter ces observations, et d'en faire le sujet de notre Thèse inaugurale. Nous avons laissé volontairement de côté les observations prises à l'hôpital, nous attachant à faire ressortir les avantages de la méthode à la campagne.

Mais, avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier ici nos amis les D^{rs} Duros et Gourdin, qui nous ont si obligeamment permis d'étudier, dans leur clientèle, les résultats de la méthode sclérogène.

Que nos maîtres de la Faculté libre de Lille, et en particulier MM. Duret, Augier, Guermontprez, Faucon, Derville, reçoivent ici le témoignage de notre profonde reconnaissance, pour l'intérêt qu'il nous ont porté et l'instruction médicale qu'il nous ont donnée.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, nous sommes

heureux d'adresser l'expression de notre profonde gratitude.

M. le professeur Tillaux nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il daigne agréer ici l'expression de notre vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'idée de faire des injections sous-cutanées dans le traitement des tuberculoses locales est relativement ancien. Les plus nombreux essais ont été tentés du côté des articulations.

C'est Luton, de Reims (1), qui, le premier, essaya en 1863 les injections médicamenteuses dans le traitement des tumeurs blanches; il employait la teinture d'iode et le nitrate d'argent au 1/50, au 1/10 ou au 1/5, et il en injectait de V à XX gouttes.

Hueter préconisa ensuite les injections phéniquées à 2 ou 3 0/0 et en injectait deux ou trois grammes dans les articulations, les fongosités et même les tissus voisins.

En 1867, Dumesnil, de Rouen, employa sans grand résultat le perchlorure de fer.

En 1869, M. le Professeur Le Fort injecte le sulfate de zinc au 1/10 additionné de son volume d'alcool pur avec l'intention de faire contracter les fongosités en produisant une inflammation plastique.

(1) Luton. *Traité des injections sous-cutanées.*

Mikulicz, en 1881, puis Marc Sée, en 1882, firent des injections d'éther iodoformé : cet agent, en France, semble, depuis cette époque, avoir joui de la faveur des chirurgiens. Verneuil et Verchère en 1885, Grynfeld en 1887, publièrent les heureux résultats qu'ils avaient obtenus par cette méthode.

Mesnard, de Bordeaux, Blaizot (1), Marty (2), publient aussi des cas de guérison.

En Allemagne, l'iodoforme est aussi employé, mais incorporé à l'huile (Trendelenburg, Wendestadt (3), Bruns (4). Krause (5) substitue ensuite l'eau à l'huile, parce qu'elle est plus facilement absorbée.

D'autres agents furent encore employés :

Le phosphate acide de calcium (Kollicher) pour déterminer la calcification des produits tuberculeux ;

Le baume du Pérou (Landerer) ;

Le phosphate de chaux (Leittel) ;

Enfin M. Périer (Thèse de Reboul, Paris, 1890) a préconisé le naphtol camphré et en a obtenu de bons résultats.

Toutes les méthodes précédentes, sauf peut-être celle de Kollicher, qui cherchait une calcification des produits tuberculeux par le phosphate de calcium, tendaient à arrêter l'extension des lésions tuberculeuses, en opposant au bacille de Koch un produit antiseptique. La méthode de M. le Pro-

(1) Blaizot. Thèse de Paris, 1890.

(2) Marty. Thèse de Bordeaux, 1891.

(3) *Centralblatt für Chirurgie*, 1889.

(4) *Archiv. für Klin.-Chirurgie*.

(5) Krause. *Berlin-Klin.*, 1889.

fesseur Lannelongue (1) est toute différente et se propose, ainsi qu'il l'a dit lui-même à la tribune de l'Académie de Médecine, le 7 juillet 1891, de « scléroser le tissu tuberculeux, quel que soit son siège; par là, on cherche la condition la plus contraire à l'existence du bacille, puisque cet agent disparaît ou se montre impuissant lorsqu'elle se trouve réalisée ». C'est pour bien montrer le but qu'il poursuit et la différencier des méthodes précédentes que M. Lannelongue a donné à sa méthode le nom de « sclérogène ».

Depuis la communication de M. Lannelongue à l'Académie de Médecine, les travaux et les observations se sont multipliés tant en France qu'à l'étranger.

Le 1^{er} août, au Congrès de la Tuberculose de Paris, M. Lannelongue développe à nouveau les principes et la technique de sa méthode et présente quarante observations de malades guéris ou en voie de guérison.

Le lendemain, M. Coudray présente au même Congrès neuf observations personnelles et précise la technique des injections dans le mal de Pott lombaire.

Le 25 novembre 1891, M. Reclus (2) présente à la Société de chirurgie une malade guérie d'une tumeur fongueuse de l'avant-bras; le 2 décembre, M. Prengrueber (3) relate l'observation d'un abcès froid costal guéri en quinze jours par la méthode sclérogène.

(1) Lannelongue. *Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de quelques autres parties du corps humain*, 1891.

(2) Reclus. *Société de Chirurgie*, 25 novembre 1891, t. XVII, p. 707.

(3) Prengrueber. *Société de Chirurgie*, 2 décembre 1891, t. XVII, p. 724.

A la Société de Chirurgie, le 23 décembre 1891, M. Lannelongue (1) propose, avec observation à l'appui, de traiter par les injections de chlorure de zinc les luxations congénitales de la hanche.

A la séance du 30 décembre, M. Charvot (2) lit une observation d'ostéo-arthrite du genou traitée par deux séances d'injections de chlorure de zinc et considérablement améliorée; le genou reprend ses fonctions.

A la même séance, cependant, M. Reynier (3) donne l'observation d'une malade qui « présente des résultats fonctionnels excellents mais dont les articulations ne sont pas revenues *ad integrum* ».

Depuis ce moment, les observations de guérison ou au moins d'amélioration notable par le chlorure de zinc abondent. M. Chartraud (4) cite une guérison de tumeur blanche du genou. M. Bordescu (5) cite plusieurs cas favorables, M. Bilhaut la guérison d'un abcès froid du poignet.

M. Quénu (6) rapporte à la Société de Chirurgie un cas dans lequel, « *avant d'amputer*, » il expérimenta les injections de chlorure de zinc les 9, 25 juillet, 2 août, 29 septembre, 9 octobre 1891; le « 25 mai, disait-il, il ne reste plus trace d'aucune tuméfaction, les doigts et le poignet sont raides, la main ne sert plus à grand'chose », mais le malade a conservé sa main.

(1) Lannelongue. *Soc. Chirurgie*, 23 novembre 1891, t. XVII, p. 770.
(2 et 3) Chauvot, Reynier. *Soc. Chirurgie*, 30 décembre 1891, t. XVII, p. 770.

(4) *Gazette médicale de Montréal*.

(5) in Spitahul.

(6) Quénu. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 18 mai 1892.

Au Congrès de Chirurgie de 1892, MM. Dubois (1) (Cambrai), Iscovesco (2) (Paris) et Mesnard (3) (de Berck) relatent des succès à l'actif du chlorure de zinc ; et au même Congrès, le Professeur Lannelongue (4) pouvait dire : « Sur un « nombre assez considérable de faits dont plus de 40 re-
« montent à près d'un an, je n'ai pas vu de récidives pro-
« prement dites, c'est-à-dire une rechute caractérisée par
« les phénomènes des ostéo-arthrites. »

Il est juste de dire, cependant, que tous les cas n'ont pas été aussi favorables, en 1892, le Dr Perlis publiait dans sa thèse plusieurs observations prises dans le service de M. de Saint-Germain qui prouvent « qu'à l'hôpital des Enfants-Malades, les résultats ne sont pas aussi heureux ». M. de Saint-Germain (6) lui-même, dans la *Revue de Clinique et Thérapeutique*, tout en reconnaissant que dès le début du traitement les douleurs locales disparaissent, n'a eu, sur 44 cas, que 16 cas « traités avec un succès suffisamment complet pour être regardés comme une guérison ».

Au mois de décembre 1892, M. Comby (7) relatait à la Société médicale des Hôpitaux les observations de trois malades atteints de tuberculose pulmonaire auxquels il avait injecté du chlorure de zinc au 1/50 ou 1/20. « Les injections

(1) Dubois. Congrès chir. in *Bull. méd.*, 1895, p. 827.

(2) Iscovesco. Id. Id. Id.

(3) Mesnard. Id. Id. Id.

(4) Congrès chir. in *Bull. méd.*, 1892.

(5) Perlis. Thèse de Paris, 28 décembre 1892.

(6) De Saint-Germain. *Tuberculoses locales et Méthode sclérogène*, in *Revue de Clinique et Thérapeutique*, 1^{er} novembre 1893, p. 692.

(7) Comby. *Société méd. des Hôpitaux*, 30 décembre 1892.

ont été bien tolérées et le résultat thérapeutique a été plutôt favorable. »

Quelques mois plus tard (février 1893), M. Ozenne (1) employait la méthode sclérogène dans le traitement de la tuberculose génitale et constatait une amélioration de l'état général et local.

Phocas (2) n'est pas partisan absolu du traitement du spina ventosa par le chlorure de zinc. « Je fais des réserves pour les injections de M. Lannelongue, qui m'ont paru dangereux à cause des escharres que j'eus une fois à déplorer; la dose sera donc mesurée avec soin pour éviter cet accident. »

Au Congrès de Chirurgie de 1893, le même auteur (3) dit avoir obtenu, en clientèle, quatre succès avec la méthode sclérogène dans quatre tuberculoses du pied.

Au même Congrès, M. Coudray (4) rapporte les nouveaux succès qu'il a obtenus, surtout dans les tuberculoses du pied, puisqu'il a pu conserver à ses malades un membre non mutilé et par suite fort utile.

M. Lannelongue (5), à son tour, présente un certain nombre d'enfants guéris et peut dire : « Depuis plus de deux ans que j'emploie cette méthode, je ne compte plus les résultats heureux. »

(1) Ozenne. *Bull. méd.*, 22 février 1893.

(2) Phocas. *Du Spina Ventosa, son traitement. Gazette des Hôpitaux*, 1893, n° 7, p. 57.

(3) Cong. Chirurgie, 1893, in *Bull. méd.*, p. 319.

(4) Coudray. Congrès chir. 1893. *Bull. méd.*, p. 314.

(5) Lannelongue. Congrès chir. 1893. *Bull. méd.*, p. 330.

En 1894, M. Lebrun (1) recommande, avant d'opérer, d'instituer un traitement capable d'amener ou de favoriser la transformation fibreuse des tissus morbides.

M. Bilhaut (2) rapporte, dans la *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, un cas de guérison d'un abcès tuberculeux du poignet gauche, ayant résisté au traitement par les injections de naphthol camphré, d'acide lactique et même au curage.

Enfin, tout récemment, M. Zematsky (3) donnait, dans les *Annales de chirurgie russes*, les résultats de 40 cas de tuberculose osseuse traités par la méthode sclérogène. L'auteur russe, d'après ses observations, recommande, dans les abcès froids et par congestion, les méthodes de Mikuliez et Lannelongue, combinées, et procède ainsi : après que la poche a été vidée par le trocart, lavage au sublimé au 1/1000, injection de glycérine iodoformée à 1/100 et injections de chlorure de zinc au 1/10 autour du foyer.

(1) Lebrun. *Ann. Soc. chir. Belge*, 15 juin 1894, p. 178.

(2) Bilhaut. *Rev. Médico-Chirurg. de Toulouse*, 10 janvier 1892, p. 12 et 13.

(3) Zernatsky. *Ann. chir. russes*, in *Rev. méd. moderne*, 1896.

CHAPITRE II

Technique de la méthode sclérogène.

M. le Professeur Lannelongue a exposé tout au long la technique de sa méthode à la tribune de l'Académie de Médecine, le 7 juillet 1891 et au Congrès de la Tuberculose de Paris, le 27 juillet de la même année; nous ne saurions mieux faire que de résumer ses communications; et, comme lui, nous exposerons d'abord les règles générales de la méthode, nous proposant de les appliquer ensuite aux différentes lésions tuberculeuses.

L'agent modificateur des tissus, employé par M. Lannelongue, est le chlorure de zinc. Après avoir essayé successivement les solutions au 1/40, au 1/20, au 1/15, M. Lannelongue s'est arrêté aux solutions au 1/10, qui lui ont donné les meilleurs résultats, surtout dans les fongosités articulaires. « Avec cette solution, les effets sont plus prompts et « plus étendus; la réaction locale est plus intense, mais elle « n'aboutit pas à l'abcès. On n'obtient pas d'escarres dans « les injections profondes; les escarres superficielles sont « rares, minimales et de peu d'importance (1). » Elle convient

(1) Lannelongue. *Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines parties du corps humain.* 1891, p. 27.

aux tuberculoses articulaires, costales et ganglionnaires; mais pour l'épididyme et le spina ventosa, la solution au 1/20, pour le poumon, la solution au 1/40 sont préférables.

Les injections de chlorure de zinc ne demandent aucune instrumentation spéciale. La seringue de Pravaz ordinaire ou la seringue de Strauss conviennent très bien, surtout si l'on a soin de les munir d'une aiguille longue de cinq à six centimètres, qui permette de faire des injections profondes par un trajet oblique.

Les injections doivent se faire à la limite des parties saines et des parties malades. « La méthode, dit M. Lannelongue, consiste à faire pénétrer l'agent thérapeutique, non point dans les fongosités ni dans les foyers tuberculeux, mais en dehors d'eux et *autour* d'eux seulement. » C'est là le principe même de la méthode et ce principe est basé sur le « mode d'accroissement des produits tuberculeux ». En effet « tandis qu'à la périphérie des foyers se trouvent « les processus les plus récents et jeunes, on ne rencontre « au centre que des produits d'un autre âge et dégénérés, « frappés de mort ou en voie de nécrobiose. Cela revient à « dire que la fonction bacillaire s'accomplit toujours excen- « triquement, et que les tissus normaux formant la limite « du foyer morbide sont comme une *matrice élaborant* sans « cesse, sous l'incitation du bacille, le néoplasme tubercu- « leux qui se propage dès lors de proche en proche et par « continuité de tissus (1). » En agissant à la périphérie des lésions, on empêchera donc l'extension des produits

(1) Lannelongue. *Loco citato*, p. 6, 7 et suivantes.

tuberculeux ; là ne se borne pas seulement l'action du chlorure de zinc. La zone où siègent les altérations spécifiques en effet, « reçoit ses vaisseaux, c'est à-dire les éléments de « nutrition, de la couche périphérique qui se continue avec « elle ; en oblitérant ou en diminuant le calibre d'un certain « nombre de capillaires et de petits vaisseaux, le chlorure « de zinc diminue la vitalité des éléments morbides. » De plus, à cause de son action irritante, il détermine « au sein « des tissus altérés, par diapédèse et probablement aussi « par prolifération cellulaire un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques... La lutte s'établit dès ce « moment entre les éléments amoncelés et le bacille, particulièrement entre les cellules migratives et cet agent en « vue de l'absorber. » Enfin, plus tard, les éléments du tissu morbide dont la vitalité est diminuée « se résorbent « lentement et disparaissent, repris par l'organisme ; le « tissu jeune, au contraire, s'organise avec une grande activité et constitue un tissu fibreux, serré, d'autant plus « compact que les vaisseaux y sont moins nombreux. »

En raison donc du mode d'accroissement des produits tuberculeux, les injections de chlorure de zinc doivent être faites à la périphérie des lésions ; par leur action sur les petits vaisseaux, par la réaction inflammatoire qu'elles déterminent, elles peuvent amener la substitution aux produits tuberculeux résorbés, d'un tissu de sclérose qui représentera le mode de guérison propre à la méthode.

Il y a avantage, dit M. Lannelongue, à multiplier les points de contact entre l'agent thérapeutique et les tissus ; aussi devra-t-on entourer la lésion d'une série de piqûres, huit ou dix chez les enfants, le double chez l'adulte, en se

contentant de déposer deux gouttes du médicament à chaque point de contact. Au début, M. Lannelongue faisait ces injections en plusieurs séances, cherchant à obtenir la transformation fibreuse petit à petit en surveillant le mode de réaction du malade; aujourd'hui il ne craint pas de faire les huit ou dix injections en une seule séance, même chez l'enfant.

Chez les enfants, quoique les piqûres ne soient pas beaucoup plus douloureuses que les autres injections, il est préférable de donner du chloroforme; mais chez l'adulte, et à la campagne en particulier où l'on n'a pas toujours d'aide à sa disposition, on peut se dispenser de pratiquer l'anesthésie. La douleur maximum se montre quatre à cinq minutes après l'injection et présente une durée, variable suivant les sujets, mais oscillant entre 6 et 18 heures; on peut d'ailleurs la calmer facilement par une injection de morphine.

Il faudra se garder, ainsi que l'a fait remarquer M. Lannelongue au Congrès de la Tuberculose en 1891, de faire les injections immédiatement sous la peau et éviter surtout les injections intradermiques qui occasionnent souvent des escarres. Si le siège de la lésion oblige à faire une injection très superficielle, il est préférable alors de « prendre un chemin oblique pour arriver au point qu'on veut atteindre, afin qu'en retirant l'instrument, le liquide ne revienne pas à l'orifice d'entrée, ce qui est la cause la plus fréquente des petites escarres, probablement par l'action des microbes de l'air, ainsi que semblent l'indiquer les expériences de M. Achard. Du reste, toutes les fois qu'on retire l'aiguille,

on mettra le doigt sur l'orifice de sortie pour empêcher le liquide de refluer. »

Enfin après les injections, il est bon de faire de la compression, « pour assurer aux parties transformées cet état sec qui paraît être un des meilleurs caractères de la guérison. » La compression, dit M. Lannelongue, présente plusieurs avantages. « En premier lieu, elle aide la résolution inflammatoire, c'est un adjuvant antiphlogistique, en second lieu elle facilite la résorption des foyers sanguins qui pourraient se produire. Troisièmement enfin, si l'on a traité un abcès, comme il se reproduit généralement du liquide à la suite des injections, elle favorise la résorption de ce liquide. » Pour le genou et les autres articulations, suivant le conseil de M. Lannelongue, il sera bon de continuer « la compression jusqu'au moment, par exemple, où on abandonne le membre à lui-même pour qu'il retrouve les mouvements dont il peut jouir. »

On peut, au point de vue de la technique, diviser les lésions tuberculeuses en tuberculoses ostéo-articulaires et tuberculoses des parties molles ; nous donnerons aussi brièvement la technique des injections intra-pulmonaires, quoique ce mode de traitement ne se soit pas généralisé.

I. — TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES.

Avant toute tentative modificatrice des tissus fongueux, et quelle que soit l'articulation en cause, on devra toujours mettre le membre malade dans une bonne attitude et le maintenir ainsi pendant toute la période de réaction.

Aux articulations, les injections de chlorure de zinc

doivent avoir lieu « avant tout sur les os, au niveau des culs-de-sac, là où se trouvent ordinairement les vaisseaux articulaires, et aussi ceux qui alimentent les synoviales et qui viennent des épiphyses » (1)... et aussi « le long des gros ligaments d'où partent des vaisseaux qui alimentent encore les régions des synoviales. »

Il y a dans chaque articulation, pour les injections de chlorure de zinc, des points d'élections permettant d'agir plus sûrement sur les fongosités.

A la hanche, M. Lannelongue conseille d'atteindre la *face postérieure* du col du fémur, en passant par derrière le grand trochanter sans s'en éloigner trop de peur de blesser le nerf sciatique; le *bord inférieur* du col sera atteint par le même chemin, mais en déviant l'aiguille en bas et en dedans.

Pour atteindre le *bord supérieur* et une partie de la *face antérieure* du col, on pénétrera au-dessus et immédiatement en avant du grand trochanter.

Au genou, le membre sera d'abord mis dans l'extension et maintenu à l'aide d'une gouttière plâtrée; l'on procédera ensuite à une série de piqûres portant surtout autour du cul-de-sac supérieur de la synoviale, puisque c'est là que se trouve le plus souvent le siège des fongosités. « L'aiguille « est enfoncée à une petite distance du bourrelet fongueux « qui le distend sur divers points : en dedans, au milieu, en « dehors, elle pénètre chaque fois jusqu'au fémur et la solu-

(1) Lannelongue, Congrès chirurgie 1891.

« tion de chlorure de zinc est déposée sûr la surface du « périoste et même sous le périoste. » Chez les enfants, l'on se contentera de cinq à six piqûres sur la circonférence du cul-de-sac supérieur; mais chez l'adulte, on peut aller jusqu'à dix ou douze piqûres représentant de vingt à vingt-quatre gouttes de médicament.

M. Lannelongue recommande encore de faire deux piqûres de chaque côté du tendon rotulien, quoiqu'il ne soit pas certain d'avoir « agi sur les fongosités proprement dites, car les saillies qui existent habituellement de chaque côté du tendon rotulien sont produites par une couche de graisse normale. »

« Je prends le quartier de synoviale placé au-dessous de la rotule en dedans du ligament rotulien. J'enfonce l'aiguille sur le bord de la rotule et je la dirige parallèlement au bord du ligament rotulien, un demi-centimètre à un centimètre en dedans de ce bord; je laisse ainsi tomber deux gouttes de solution; il importe ici, pour éviter une escarre, de faire que l'aiguille soit sous l'aponévrose » (1).

On procède de la même façon pour la région ou le quartier externe de la synoviale sous-rotulienne.

Les bourrelets fongueux inférieurs moins développés souvent que les supérieurs, seront modifiés par des injections faites sur chaque tubérosité du tibia, l'aiguille dirigée parallèlement à l'interligne articulaire mais au-dessous de lui.

Au cou-de-pied, M. Lannelongue « n'hésite plus à injecter actuellement douze à quinze gouttes de chorure de zinc

(1) Lannelongue, *loco citato*, p. 26.

chez un enfant de cinq, six à sept ans. Ces injections seront réparties : sur le bord antérieur du tibia au-dessous des extenseurs et « sans se préoccuper des gaines tendineuses souvent prises elles-mêmes » ; au-dessous et le long des malléoles, et le long du tendon d'Achille en arrière.

A l'épaule, les injections se feront au niveau du col anatomique, sur les faces postérieure, externe et antérieure de l'humérus, en évitant la face interne occupée par le paquet vasculo-nerveux.

Les fongosités de l'articulation du coude forment le plus souvent un bourrelet qui entoure l'extrémité supérieure et les côtés de l'olécrâne. L'aiguille sera portée d'abord sur l'humérus, en dedans, en dehors et en arrière, à travers le triceps ; sur l'olécrâne, en arrière et en dehors, en évitant avec soin la gouttière du cubital située à la partie interne.

Au poignet, il n'existe pas de règles particulières ; l'on sera guidé comme toujours par les limites des fongosités, la situation des troncs nerveux et vasculaires.

La lésion tuberculeuse la plus fréquente des doigts est le spina ventosa, et presque toutes les arthrites spécifiques des doigts sont consécutives à un spina ventosa. Les os, dans ces parties, étant très superficiels, M. Lannelongue conseille de faire usage de solutions de chlorure de zinc au 1/20 et d'aller déposer le médicament sur les faces latérales des phalanges, en poussant à travers les tissus morbides.

Dans les cas de tumeur blanche compliquée de suppuration, où l'on voudrait appliquer la méthode sclérogène, les injections de chlorure de zinc ne présenteraient rien de

spécial au point de vue de la technique. Quant aux résultats qu'elles peuvent donner dans ce cas, nous les exposerons au chapitre des indications.

II. — TUBERCULOSES DES PARTIES MOLLES.

Les lésions tuberculeuses les plus fréquentes des parties molles sont les lésions des ganglions lymphatiques. Nous en exceptons les lésions tuberculeuses de la peau auxquelles, à notre connaissance du moins, la méthode de M. Lannelongue n'a pas encore été appliquée.

Dans la tuberculose ganglionnaire, comme dans la tuberculose osseuse, le principe d'agir sur les régions d'où partent les vaisseaux du ganglion, domine toute la technique. Aussi, non seulement l'on devra faire des injections autour d'un ganglion tuberculeux, mais encore à sa partie profonde, puisque « c'est sur leur partie profonde que ces organes reçoivent leurs vaisseaux afférents ». Pour agir donc sur un ganglion, l'on pourra l'entourer de quatre à six injections et pratiquer deux piqûres à sa partie profonde. Au cou, cependant, où les adénites tuberculeuses sont surtout fréquentes, il faut éviter avec grand soin les nerfs et les gros vaisseaux si abondants dans cette région.

M. le Professeur Lannelongue a publié quelques observations d'injections de chlorure de zinc dans la tuberculose pulmonaire. Il recommande de suivre pour ces injections la méthode décrite par le Dr Truc, dans sa thèse, en 1885 (1). Le

(1) Truc. Thèse de Lyon, 1885.

seul instrument nécessaire pour pratiquer ces injections est une seringue de Pravaz ordinaire ou plutôt une seringue facilement stérilisable munie d'une longue aiguille, telle que l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy ; il n'est pas indispensable d'agir le vide à la main, comme le recommandait Pfeffer, car le manuel opératoire est ainsi rendu plus difficile.

Les lésions pulmonaires, au début, siègent le plus souvent aux sommets. Deux régions, d'après le Dr Truc (1), permettent d'aborder assez facilement le sommet des poumons : la région axillaire à cause de la minceur de sa paroi, et la région sous-claviculaire.

A) *Pour la région axillaire.* — Après avoir placé le bras horizontalement pour écarter les vaisseaux, « l'aiguille à injection enfoncée à travers les deuxième ou troisième espaces intercostaux et dirigée en haut, en arrière et en dedans, conduira facilement au sommet du poumon. »

Le sommet du poumon est accessible par la région sous-claviculaire dans tout l'espace compris entre les vaisseaux mammaires et les vaisseaux axillaires ; en pratiquant l'injection dans le premier ou le second espace intercostal, à trois ou quatre centimètres du bord du sternum, et en dirigeant l'aiguille en haut, en arrière et en dehors, on atteindra facilement et sans danger le sommet du poumon.

La technique de la méthode sclérogène, sauf en ce qui concerne les injections intra-pulmonaires, peut se résumer en trois grandes règles : Les injections doivent être faites à la limite des régions saines et malades ; — elles doivent être

(1) Truc. *Loco-citato*, pp. 152 à 156.

faites profondément; — il vaut mieux n'injecter que de petites quantités de médicament à chaque piqûre, et augmenter le nombre des piqûres pour multiplier les surfaces de contact.

CHAPITRE III

Indications de la méthode sclérogène.

On peut, au point de vue des indications, diviser, avec M. Lannelongue, les tuberculoses locales, articulaires au ganglionnaires, en :

Tuberculoses non ouvertes et non suppurées.

Tuberculoses non ouvertes et suppurées.

Tuberculoses ouvertes et suppurées.

I. — TUBERCULOSES NON OUVERTES ET NON SUPPURÉES.

A) *Articulaires*. — Dans cette catégorie, rentrent les tumeurs blanches aux périodes que l'on peut appeler, avec M. Reclus, période de début et d'état. Sans doute, à la période de début, alors que le malade n'éprouve « que des douleurs intermittentes et sourdes, un gonflement peu marqué, une vigilance musculaire plutôt qu'une contraction réelle » (1), alors que les lésions sont limitées en un point d'un des os ou de la synoviale, la méthode sclérogène donnerait rapidement d'excellents résultats. Mais, outre que le diagnostic à cette période est souvent très difficile,

(1) Reclus, *Quatre agrégés*, tome I, p. 737.

les malades, à la campagne surtout, ne viennent pas réclamer si tôt les soins du médecin. Ce n'est que lorsqu'ils souffrent depuis longtemps déjà, que leur articulation leur semble augmentée de volume et leur refuse tout service que leurs douleurs sont devenues intolérables, en un mot quand ils sont arrivés à la période d'état que les malades se décident à réclamer des soins. A cette période, « la jointure est gonflée, l'empâtement n'est plus seulement profond, il envahit les parties molles environnantes, soulevées par les bosselures de la synoviale que distendent les fongosités. La région est globuleuse et la peau, encore blanche, paraît amincie, sèche, écailleuse; on aperçoit, par transparence, un lacis de veines bleuâtres; la température est sensiblement plus élevée que dans la jointure correspondante; les douleurs sont cependant moins vives qu'au début, sauf lorsqu'on essaye d'imprimer des mouvements à l'article ou lorsque surviennent une poussée aiguë, une végétation rapide des fongosités de la synoviale. A ce moment aussi, on trouve souvent des ankyloses fibreuses, mettant le membre dans une situation plus ou moins défavorable » (1).

C'est à cette période d'état que l'on obtient les meilleurs résultats, ainsi que le prouvent les nombreuses observations publiées dans le mémoire de Lannelongue, dans les bulletins de la Société de Chirurgie et aussi dans plusieurs thèses faites sur ce sujet.

Toutes les tuberculoses articulaires à cette période sont

(1) Reclus. *Loco citato*, p. 737.

susceptibles d'être traitées par la méthode sclérogène. Les résultats les plus nombreux et les plus satisfaisants ont été cependant obtenus au genou, au coude et au cou de-pied. Les observations de scapulalgie et de coxalgie sont trop peu nombreuses pour qu'on en puisse tirer une conclusion. M. le Professeur Lannelongue ne semble pas très partisan de la méthode sclérogène seule à la hanche, il conseille de combiner les injections avec l'extension continue qui donne de si beaux résultats (1).

Dans les tuberculoses ganglionnaires également, c'est lorsque la lésion se caractérise par des masses en chapelet dures, résistantes, indolores, mobiles, telles qu'on en trouve dans les adénites militaires, par exemple, que l'on obtient les meilleurs résultats. En 15 ou 20 jours, après la période de réaction qui ne manque jamais à la suite des injections de chlorure de zinc, on voit des ganglions cervicaux de la grosseur d'un œuf de pigeon diminuer jusqu'au volume d'une petite noisette et rester, dans les cas favorables, mobiles sur les parties sous-jacentes.

Il ne semble pas qu'il y ait de contre-indications à la méthode dans les adénites à cette période, et nous n'avons trouvé aucune observation relatant des accidents imputables aux injections de chlorure de zinc.

C'est donc dans ces tuberculoses non ouvertes et non suppurées que l'on peut le mieux apprécier les bons résultats de la méthode sclérogène. Presque toutes les observations publiées rapportent des améliorations ou des guérisons au

(1) Raymond Poux, Perlis, Mauclore, Tholance, David, Th., Paris, 1893.

moins apparentes. Il est, en effet, très difficile d'affirmer une guérison en matière de tuberculose. « La guérison, a dit M. Lannelongue, c'est la disparition du bacille, et je ne puis pas l'affirmer d'une manière absolue » (1).

Cependant, lorsque l'on voit des guérisons apparentes se maintenir depuis quatre ans (obs. I), il est permis de se demander si le bacille de la tuberculose resterait pendant aussi longtemps sans manifester en quelque façon sa présence. Quoi qu'il en soit, si l'on ne peut prononcer avec certitude le mot de guérison, il est permis de dire avec M. Lannelongue : « Si le bacille persiste dans les tissus sclérosés, il semble être confiné dans une place où il est comme encapsulé et devenu inoffensif » (2).

II. — TUBERCULOSES NON OUVERTES ET SUPPURÉES.

« Ce groupe, dit M. Lannelongue, comprend, en chirurgie, les abcès tuberculeux simples, symptomatiques, sessiles ou par congestion, les ostéo-synovites suppurées ou compliquées d'abcès extérieurs implantés sur la synoviale, et communiquant ou non avec la jointure, les synovites tendineuses suppurées et la tuberculose de certains organes. » *A priori*, il est évident que la méthode sclérogène seule ne saurait, dans ce second cas, procurer les mêmes résultats et en aussi peu de temps, que dans les cas non compliqués d'abcès. Il existe, en effet, un élément

(1) Lannelongue. *Loco citato*, p. 54.

(2) Lannelongue. *Loco citato*, p. 55.

surajouté, le pus, et avant d'entreprendre la limitation des lésions qui engendrent ce pus, il faut, au préalable, débarrasser l'organisme des produits de décomposition des fongosités et ramener autant que possible la lésion suppurée aux cas de tuberculose non ouverte et non suppurée. Avant donc de faire des injections sclérogènes, on devra vider la poche purulente et laver la cavité avec un liquide antiseptique ou au moins aseptique. M. Lannelongue avait d'abord essayé les lavages au sublimé à 1/1000 ; « mais, dit il, outre
« que ce moyen a quelques inconvénients, il m'a paru peu
« utile, et maintenant je lave abondamment la cavité uni-
« quement avec de l'eau stérilisée. Cela fait, j'injecte la
« périphérie des fongosités en divers points ; si l'abcès part
« d'un ganglion, j'injecte la périphérie de ce ganglion et
« une partie de son tissu cortical » (1).

Le mode de réaction des tissus peut se présenter de deux façons différentes : ou bien le liquide ne se reproduit pas, et la réparation se fait comme dans les tuberculoses non ouvertes et non suppurées, ou bien le pus se reproduit, et l'on doit recommencer les lavages et les injections de chlorure de zinc. Le plus souvent, le liquide ne se reproduit pas une seconde fois. Le liquide qui se reproduit après la première injection, peut ne pas avoir les mêmes caractères qu'avant l'action du chlorure de zinc et passer à l'état de sérosité sanguinolente, il suffit alors de vider la poche, si elle ne se résorbe pas d'elle-même.

Dans ces abcès bien circonscrits, l'on pourrait, suivant

(1) Lannelongue. *Loco citato*, p. 18.

en cela le procédé de M. Zematsky, combiner les méthodes de MM. Mikulicz et Lannelongue, faire d'abord une injection de glycérine iodoformée dans la poche préalablement vidée et circonscrire la lésion par des injections de chlorure de zinc (1).

C'est dans les lésions tuberculeuses arrivées à cette période que la méthode sclérogène peut avoir de bons résultats au point de vue de l'état général du malade, ainsi que l'a fait remarquer M. de Saint-Germain (2). M. le Professeur Lannelongue nous en a donné la raison en disant : « La constitution du nouveau tissu diminue en tout cas les sources de l'infection, car il est depuis longtemps avéré que les foyers tuberculeux mous et imprégnés de liquides ou de pus sont de beaucoup les plus dangereux pour les régions voisines et l'économie entière. »

Toutes ces considérations s'appliquent aux abcès tuberculeux situés au voisinage de la lésion qui leur donne naissance, mais dans les abcès par congestion tels qu'on en rencontre dans le mal de Pott, par exemple, il faudrait pouvoir agir et sur la lésion primitive de la vertèbre et aussi sur l'abcès. M. Lannelongue, « quoique les difficultés opératoires ne lui paraissent pas insurmontables, n'a pas appliqué la méthode à ces longs abcès par congestion, » et nous n'avons trouvé aucun cas de guérison dans la littérature médicale.

(1) Zernatsky. *Annales russes de chirurgie*, compte rendu dans *Médecine moderne* du 25 avril 1896, p. 206.

(2) De Saint-Germain *Journal de chirurgie et thérapeutique*, 1^{er} novembre 1893, p. 692.

III. — TUBERCULOSES OUVERTES.

« Ces tuberculoses sont toujours suppurées, elles sont simples ou compliquées de séquestres osseux, de raréfactions osseuses épiphysaires, de cavernes osseuses, etc. »

Le premier groupe, celui où les tuberculoses suppurées et ouvertes sont simples, est justiciable du traitement applicable aux tuberculoses suppurées et non ouvertes; il nécessite cependant un lavage plus soigneux de la cavité et souvent l'abrasion d'une fistule déjà ancienne. C'est dans ces cas aussi que l'on pourrait peut-être combiner aux injections sclérogènes, les instillations de chlorure de zinc à l'intérieur de la poche, préconisées par M. Thiéry en 1894 (1).

Là s'arrête le pouvoir curateur de la méthode sclérogène. Dans les tuberculoses ouvertes et compliquées, en effet, les foyers de suppuration sont entretenus par des séquestres osseux ou des éléments caséeux, c'est-à-dire par des éléments morts depuis longtemps « et il n'est jamais veu à l'idée de personne d'attribuer à un remède la propriété de transformer en tissus appelés à vivre, des produits morts, parfois doublement infectés (2) ».

Mais, si les injections de chlorure de zinc ne guérissent pas, elles peuvent, comme l'a remarqué Lannelongue, révéler, grâce à leurs propriétés irritantes, une lésion profonde osseuse ou ganglionnaire, « lui donner, pour ainsi dire,

(1) Thiéry. *Revue de la tuberculose*, 1894.

(2) Lannelongue. *Loco cit.*, p. 19.

un coup de fouet et provoquer un état subaigu d'où naît l'indication opératoire ou plutôt qui la rend évidente.

« De plus, par leurs propriétés sclérogènes sur les tissus moins altérés et les fongosités qui entourent les séquestres, les injections peuvent former une limite entre les tissus mortifiés dont l'organisme doit être débarrassé et ceux qui, relativement sains, peuvent contribuer au maintien partiel sinon intégral d'une fonction souvent importante. »

En résumé donc, la méthode sclérogène est indiquée dans les tumeurs blanches au début ou arrivées à la période d'état, dans les adénites chroniques non arrivées à la période de suppuration. C'est à ces périodes que l'on arrive aux résultats les plus satisfaisants et à des guérisons, apparentes au moins, qui peuvent se maintenir pendant des années.

Lorsque les lésions locales sont arrivées à la période de suppuration, la méthode sclérogène peut encore procurer des guérisons, mais il faut souvent la combiner à d'autres méthodes : incision de la poche, lavage, ou injections de glycérine iodoformée.

La suppuration est-elle entretenue par des séquestres osseux, ou des amas caséux ganglionnaires, la méthode sclérogène n'a plus de pouvoir curateur, mais elle peut servir, après avoir révélé quelquefois l'existence de lésions latentes, à limiter l'étendue de l'intervention sanglante au strict nécessaire.

Enfin, au point de vue général, la méthode sclérogène, « avec ses oblitérations vasculaires, ferme la porte à l'auto-infection de l'économie par le bacille tuberculeux. »

La méthode sclérogène présente, comme toutes les méthodes, des contre-indications ; ce sont « celles qui, de tout temps

ont été invoquées pour indiquer la nécessité de l'amputation : les suppurations énormes, les fistulisations multiples, la fièvre indiquant un début de septicémie, un état général grave » (1). Il faut débarrasser le malade de ce sujet d'infection, car il ne résisterait pas à la durée du traitement par le chlorure de zinc.

La méthode sclérogène possède à son actif, comme l'a dit le Prof. Lannelongue, « des succès que l'on ne compte plus. » Presque toutes les observations publiées ont trait à des malades hospitalisés, mais il nous semble que c'est surtout dans la pratique civile que le traitement par les injections de chlorure de zinc doit être préconisé.

Dans les adénites chroniques tuberculeuses, la méthode sclérogène a donné de bons résultats, elle a paru supérieure aux injections d'éther iodoformé (obs. II) ; à ce titre elle mérite d'être essayée et peut-être arrivera-t-on, par un traitement sclérogène commencé à temps, à éviter quelquefois les incisions et le curage des ganglions suppurés.

Nous avons pu faire des injections de chlorure de zinc chez un petit enfant atteint de spina ventosa multiples ; nous n'avons pu apprécier les résultats qu'aurait donnés la méthode, mais il nous a semblé que la suppuration a diminué dans les doigts traités.

A la campagne, les tumeurs blanches sont relativement fréquentes ; avec l'immobilisation, le traitement local le plus souvent employé à la première période paraît être la révulsion par les pointes de feu ; il semble avoir été inférieur à la

(1) Mauclaire. Th. Paris, 1893, p. 106

méthode sclérogène dans deux de nos observations (I et V).

« L'arthrectomie convient à la synovite fongueuse. »

« La résection du genou convient aux cas qui ont résisté
« au traitement habituel (repos, immobilisation, révulsion)
« et dans lesquels la lésion est limitée aux condyles du
« fémur et du tibia ; mais j'accorde qu'on doit agir rapi-
« dement dès que la lésion ne paraît pas marcher vers la
« guérison spontanée » (1). Le chlorure de zinc, en agis-
sant sur le fémur et le tibia aussi bien que sur les fongosités,
peut retarder les indications de l'arthrectomie et de la résec-
tion, et ce n'est pas son moindre avantage à la campagne, où
l'on connaît les difficultés de toute nature que l'on rencon-
tre quand il s'agit de pratiquer la moindre opération san-
glante.

Lorsque l'opération devient nécessaire enfin, la méthode
sclérogène a été utile en marquant la limite entre les tissus
relativement sains et les parties dont l'organisme doit être
nécessairement débarrassé.

A tous ces titres donc, la méthode sclérogène est recom-
mandable surtout dans la pratique à la campagne.

(1) Tillaux. *Chirurgie clinique*, tome II, p. 792.

OBSERVATION I.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le D^r Duros.)

Tumeur blanche du genou droit.

M. A. F..., 29 ans, cultivateur à G...

Pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents morbides, nous relevons une rougeole vers l'âge de 4 ou 5 ans et une pneumonie à 18 ans.

Depuis l'âge de 22 ans, le malade se plaint de douleurs dans le genou droit. Ces douleurs, assez légères et intermittentes au début, étaient attribuées par le malade à des refroidissements contractés à la chasse. Elles ont augmenté peu à peu et rendent tout travail impossible.

Appelé le 7 mars 1891, nous constatons ce qui suit :

Le membre inférieur droit est demi-fléchi, et dans la station debout, le malade appuie sur l'extrémité des orteils. La cuisse et la jambe présentent une atrophie notable : leur circonférence est inférieure d'un tiers à celle du côté sain. — Le genou a une coloration blafarde : sa forme est globuleuse. Le cul-de-sac supérieur de la synoviale fait une saillie considérable, les méplats sont effacés.

A la palpation, on constate un épaissement de la peau

et du tissu cellulaire sous-cutané : il est impossible de mobiliser la peau sur les parties sous-jacentes. La synoviale distendue ne donne pas la sensation de fluctuation; en revanche, on perçoit cette mollesse, cet empâtement particulier qui dénote la formation des fongosités. On peut, en saisissant à pleines mains la partie inférieure du fémur et la partie supérieure du tibia, obtenir une mobilité latérale très légère. Cette manœuvre occasionne au malade de très vives douleurs; douleurs réveillées également par la pression au niveau de l'interligne articulaire et du plateau tibial.

Depuis une quinzaine de jours, les douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements sont devenues plus violentes. La station debout est très pénible. La marche est impossible sans l'aide d'un bâton; le malade reporte tout le poids du corps sur le côté sain, et au bout de quelques pas, il se voit obligé de s'asseoir,

L'appétit a beaucoup diminué : les nuits sont mauvaises, le malade étant réveillé subitement par des douleurs atroces.

A l'auscultation, on ne trouve rien de particulier du côté de l'appareil pulmonaire; du reste, le malade ne tousse pas et dit n'avoir jamais toussé.

Depuis le début des accidents, le malade s'est contenté d'applications de teinture d'iode, et de repos au lit. On porte le diagnostic de tumeur blanche du genou droit.

16 mars. — Le malade étant chloroformé, nous mettons la jambe droite dans la rectitude. Cette manœuvre nécessite une certaine force pour rompre les brides fibreuses déjà formées. Puis la région articulaire et péri-articulaire est lardée

de pointes de feu profondes ; on panse avec de la gaze iodoformée, une couche de coton phéniqué et du mackintosh. La jambe étant placée dans l'extension complète, on enveloppe le membre d'une épaisse couche d'ouate remontant de la racine des orteils au milieu de la cuisse ; puis on applique des bandes silicatées.

Les jours suivants, le malade éprouve de très violentes douleurs ; il se plaint de soubresauts musculaires et de crampes au niveau du mollet ; nous les calmons à grand-peine. Pas de réaction fébrile.

Au bout d'un mois, la situation semble s'être améliorée un peu. A force de persuasion, nous réussissons à soutenir la patience du malade et à obtenir qu'il conserve son appareil jusqu'au commencement de mai. A cette date, nous enlevons l'appareil : mais nous sommes forcés de constater que l'amélioration est peu sensible, si même elle existe. Les douleurs à la pression sont très vives. On ne peut, malgré les plus grandes précautions, soulever le membre sans provoquer de grandes souffrances. Les pointes de feu appliquées en mars sont cicatrisées.

Le malade se refusant à une nouvelle application de pointes de feu, nous faisons à nouveau de la compression ouatée élastique avec nouvel appareil silicaté, espérant obtenir à la longue l'ankylose du membre. — Les souffrances continuent, quoique moins intenses. La peau semble un peu moins épaisse et plus mobile sur les parties profondes : cependant, en fin juillet, nous n'avons encore obtenu aucun résultat vraiment satisfaisant. Le malade, voyant le peu de succès obtenu, se fatigue de cette immobilisation prolongée. D'autre part, averti des bénéfices que pourrait lui

procurer une résection, il se refuse énergiquement ainsi que son entourage à toute opération sanglante.

C'est à cette époque qu'il nous est donné de prendre connaissance, dans le *Bulletin Médical*, de la communication faite à l'Académie de Médecine par M. le Professeur Lannelongue sur la méthode sclérogène. Nous proposons au malade ce traitement qui est accepté. Le 30 juillet, nous injectons au pourtour de l'articulation, et suivant la technique indiquée, une soixantaine de gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/10 en 25 à 30 piqûres. On prévient le malade qu'il souffrira beaucoup pendant 24 heures.

Le lendemain 30 juillet, nous revoyons notre malade qui a passé une nuit très mauvaise, mais qui à ce moment n'éprouve plus qu'une grande chaleur dans la jambe et le genou. Il s'est produit au niveau des piqûres une vascularisation assez intense : nous annonçons au malade qu'il y aura peut-être du gonflement avec turgescence des veines superficielles.

Revu 15 jours plus tard, le malade commence à soulever son talon au-dessus du plan du lit sans trop de douleur. Huit jours plus tard, il peut quitter le lit et maintenir sa jambe sur une chaise dans la position horizontale. Vers la fin d'août, la marche devient possible avec des béquilles. Le 10 septembre, il marche avec un bâton sans éprouver de grandes douleurs : l'œdème occasionné par les injections a entièrement disparu.

Nous revoyons notre malade le 8 octobre : il marche sans bâton et n'accuse plus aucune souffrance. La jambe est ankylosée dans l'extension complète. La forme du genou est devenue normale : le gonflement des culs-de-sac syno-

viaux a disparu : la rotule et le tendon rotulien se détachent nettement à la vue et au toucher. La peau glisse facilement sur les parties profondes : cependant elle est restée un peu épaisse. La cuisse est atrophiée, mais les muscles de la jambe ont repris un peu de leur volume.

Depuis le mois d'octobre 1891, nous avons eu maintes occasions de voir notre malade : il travaille toute la journée, laboure, fauche sans la moindre fatigue. Bien plus, il s'appuie de préférence sur le membre ankylosé.

Résultats éloignés. — Au mois de mars 1896, c'est-à-dire quatre ans et demi environ après l'opération, nous avons vu le malade avec M. le D^r Duros. Le genou traité ne présente rien d'anormal dans sa conformation extérieure, la pression au niveau de l'interligne articulaire et du plateau tibial n'éveille plus aucune douleur. Tous les travaux même les plus pénibles sont possibles sans fatigue. L'atrophie des muscles du mollet a disparu, leur circonférence est même un peu supérieure à celle du membre gauche. Seule la cuisse a subi une atrophie égale environ à $1/5$ de son volume primitif.

OBSERVATION II.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Duros.)

Adénite cervicale militaire.

B., charpentier, 24 ans, vient nous consulter le 16 mai 1891. Il vient d'être réformé au corps avec le diagnostic d'adénite cervicale tuberculeuse chronique.

Son père et sa mère sont bien portants.

Lui-même, jusqu'à son arrivée au corps, c'est-à-dire en novembre 1888, avait toujours été d'une santé robuste.

Le début de son affection remonte en octobre 1889. Peu de temps après les manœuvres d'automne, il a vu se développer d'abord à la région sous-maxillaire gauche, puis sur toute la face antérieure du cou, une chaîne de ganglions qui ont rapidement augmenté de volume. Traité d'abord à l'hôpital militaire de sa garnison, on l'a ensuite envoyé dans un hôpital sanitaire au bord de la mer. La suppuration continuant toujours, on a dû le réformer et le renvoyer dans ses foyers.

Actuellement, il présente dans la région antérieure du cou un véritable collier de ganglions ayant chacun le volume d'une noix. Ces ganglions sont reliés entre eux par

une gangue de péri-adénite : ils ont une surface irrégulière, et leur consistance n'est pas égale en tous les points. La peau qui les recouvre est amincie, violacée, et leur adhère intimement. — A la région sous-maxillaire gauche, ils sont agglomérés en une masse du volume d'un œuf de poule. Cette masse suppurée a été ouverte à l'hôpital militaire. Elle laisse suinter un pus grumeleux par deux fistules à bords rougeâtres. — Dans la région sus-claviculaire gauche existe une autre tumeur, fluctuante en certains points, du volume d'un œuf de pigeon. Elle est reliée à la masse sous-maxillaire par une trainée de ganglions plus petits siégeant le long du sterno-mastoidien. La peau est violacée à la surface, mais elle n'est nullement chaude.

Le 17 mai, on fait une ponction aspiratrice au niveau d'un des points fluctuants de la tumeur sus-claviculaire, et l'on injecte dans la poche de l'étheriodoformé qui est laissé en place. Nous conseillons des applications de pommade iodée sur les ganglions non ulcérés : à l'intérieur, huile de foie de morue à haute dose.

Le malade devait revenir au bout de 8 jours : nous le voyons seulement le 8 juin. Il ne s'est produit aucune modification des masses ganglionnaires non suppurées. La peau qui recouvrait l'abcès froid sus-claviculaire s'est sphacélée et l'on aperçoit une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs à bords amincis ; tout le fond présente une coloration violacée avec semis de granulations. Nous cautérisons avec une solution forte de bi-iodure, et nous appliquons un pansement à l'iodoforme. On continue l'huile de foie de morue à l'intérieur et la pommade iodée sur les ganglions.

B. est revu tous les dimanches au matin jusqu'en fin

juillet, pas d'amélioration : la masse sous-maxillaire droite semble se ramollir à son centre.

Le 4 août, nous injectons autour de l'ulcération une vingtaine de gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/10 en dix piqûres. Nous faisons de même autour de la masse sous-maxillaire.

Le 10 août, l'ulcération a diminué de plus d'un tiers de son étendue; le fond en est rouge et vivace. Les ganglions sous-maxillaires, nettement fluctuants, sont chauds et douloureux; un coup de bistouri donne issue à environ 20 grammes de pus. Après un bon lavage de la cavité, nouvelle injection péri-ganglionnaire.

Le 18, l'ulcération a disparu presque en totalité, la cicatrice est rouge, mais non adhérente profondément. La masse sous-maxillaire s'est morcellée en trois petits noyaux atteignant à peine chacun le volume d'une noisette : l'incision que nous avons faite laisse encore suinter quelques gouttes de sérosité. Les deux fistules préexistantes sont entièrement taries.

Encouragé par ce résultat, nous injectons la même solution autour de deux ganglions que nous n'avions pas encore traités.

Le malade revient huit jours après. Il a beaucoup souffert, dit-il, dans la journée qui a suivi l'opération, beaucoup plus qu'aux injections précédentes : il s'est produit du gonflement, mais dans la semaine, le volume des ganglions a diminué de moitié. Il n'existe plus aucun écoulement au niveau des parties abcédées.

Le 23 septembre, c'est-à-dire au bout de cinq semaines, on retrouve, au lieu de ganglions énormes, adhérents à la

peau et aux parties profondes, de petits noyaux de la grosseur d'un petit pois, mobiles en tous sens. L'ulcération du creux sus-claviculaire est recouverte d'une cicatrice rouge et mobile sur les tissus sous-jacents.

Résultats éloignés. — Nous avons vu B. avec M. le Dr Duros, en avril 1896. La guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour. B. s'est marié, il a une enfant de 3 ans très bien portante. On ne retrouve plus la moindre trace de l'affection antérieure : cependant, en explorant attentivement la région sous-maxillaire, on découvre les vestiges des deux fistules anciennes, mais sans la moindre adhérence, sans le moindre cordon. La cicatrice de l'ulcération sus-claviculaire est devenue blanchâtre et complètement mobile. Enfin il n'existe plus de ganglions augmentés de volume.

OBSERVATION III.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Gourdin.)

Ostéite tuberculeuse de la malléole externe avec synovite fongueuse du jambier antérieur.

M^{lle} D. est âgée de 18 ans, fortement constituée en apparence, mais d'une santé qui laisse fortement à désirer depuis deux ans, lorsque je suis appelé près d'elle en janvier 1893. Le père et la mère sont bien portants : un oncle paternel est mort d'une bronchite négligée(?) et un des fils de cet oncle est tuberculeux, arrivé à la seconde période.

En mars 1891, ma cliente avait consulté le médecin de sa famille pour une douleur siégeant à la jambe droite, au niveau de la malléole externe, et attribué à un coup reçu quelques mois auparavant. Des badigeonnages à la teinture d'iode furent faits à différentes reprises, mais n'empêchèrent point un léger gonflement de se produire, douloureux à la marche et à la pression. La malade ne pouvait plus porter de sabots. Au bout de quelques mois, c'est-à-dire en fin juillet, le point empâté rougit et bientôt un coup de bistouri fut jugé nécessaire à la face antérieure de la malléole. Il donna issue à un peu de pus (une cuillerée à

café environ). Pansement sec à l'iodoforme : après quelques semaines de traitement général et local, la cicatrice se fit enfin, mais recouverte d'une légère croûte qu'on respecta avec beaucoup d'attention.

L'appétit ne revint que très capricieux et l'amaigrissement continuait. Vers décembre 1891, les douleurs reparurent plus vives et la face antérieure de la malléole interne devint empâtée. Une pommade résolutive ou fondante(?) fut prescrite : mais son application souvent et longtemps renouvelée n'amena aucune amélioration. L'empâtement, au lieu de diminuer, s'étendit sur la face dorsale et interne du pied droit. On prescrit le repos absolu avec traitement général (huile de foie de morue et quinquina). L'hiver se passa tant bien que mal sans grande aggravation : toutefois, en février 1892, la croûte recouvrant l'incision faite au mois d'août tomba et permit à un léger suintement de pus de se faire jour : une fistule venait de se créer.

On consulta un second médecin : celui-ci proposa catégoriquement d'agrandir la plaie au bistouri et de faire à son intérieur des pointes de feu profondes. La malade s'y refusa tout d'abord et ce ne fut qu'à la fin d'avril que, voyant la suppuration persister, elle se décida à accepter ce nouveau traitement, à la condition toutefois que l'incision n'aurait pas plus de deux centimètres. Grâce à des pansements répétés et variés, la plaie se referma. La peau semblait moins empâtée, mais la malléole restait grosse et la douleur à la pression persistait.

Pendant l'été, la malade put marcher avec des chaussures légères. Mais en septembre, nouvelle poussée et la fistule se rouvrit. M^{lle} D. découragée refusa tout traitement : l'ap-

pétit diminua de plus en plus et le repos absolu au lit devint nécessaire.

En janvier 1893, je fus appelé pour voir un de ses cousins, atteint de tuberculose pulmonaire. A cette occasion, on me pria de voir M^{lle} D. La malade se laissa examiner très volontiers, et me demanda ce que je lui conseillais de faire. Je lui parlai de la méthode sclérogène de M. le Professeur Lannelongue, méthode qui avait donné de très bons résultats à un de mes confrères des environs. Après quelques hésitations, la malade accepta ce nouveau traitement.

Le 6 février 1893, j'appelle en consultation M. le Dr Duros (d'Aunay) et après avoir examiné la malade nous portons le diagnostic d'ostéite tuberculeuse de la face antérieure de la malléole avec synovite fongueuse de la gaine du jambier antérieur. La malade, sur sa demande, est endormie au chloroforme. Après avoir débridé largement la fistule, on fait un léger grattage pour nettoyer le foyer osseux suppuré. Puis nous instillons une vingtaine gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/10 en sept ou huit piqûres, tant au niveau du point d'ostéite qu'en dehors et en dedans de la gaine du jambier antérieur. Au pourtour du foyer osseux, les piqûres sont faites plus profondes de façon à pénétrer autant que possible sous le périoste. Pansement au salol et à la gaze iodoformée. Nous prescrivons en outre une médication tonique (huile de foie de morue, phosphate de chaux, gouttes amères de Baumé et bonne nourriture).

Les suites opératoires ont été très simples. A part une douleur assez peu marquée qui a duré 24 heures environ et un gonflement de la région du cou-de-pied qui a disparu

au bout de cinq ou six jours, il n'y a pas eu de complications.

Au bout de quatre semaines, la malade commence à se lever. La plaie est entièrement cicatrisée et il ne reste plus aucune trace des piqûres faites au niveau de la gaine du jambier antérieur. Le gonflement articulaire a disparu, la peau est souple : on ne réveille plus aucune douleur, ni par la pression, ni par les mouvements.

Depuis lors, la malade travaille, marche et même danse sans éprouver la moindre fatigue. L'état général est bon. En outre la jambe droite, très amaigrie au moment de l'opération, a repris son volume : c'est à peine s'il existe aujourd'hui une différence d'un centimètre et demi entre la circonférence des jambes au niveau du mollet.

OBSERVATION IV.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Duros.)

Tuberculose ganglionnaire avec abcès et fistules.

M^{re} M..., 30 ans, vient à notre consultation le 12 mai 1893.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Elle est mariée et mère de 3 enfants : l'un est mort il y a deux ans, de méningite tuberculeuse; les deux autres sont chétifs, malingres, et présentent des manifestations ganglionnaires dans la région cervicale, sous-maxillaire et inguinale.

La malade, depuis son enfance, a eu, à diverses reprises, des poussées de tuberculose ganglionnaire, surtout dans les régions sus et sous-hyoidiennes et parotidiennes. De nombreuses cicatrices, violacées, profondément adhérentes, avec çà et là des nodosités correspondant aux orifices de fistules anciennes, attestent l'étendue et la durée de ces suppurations.

Actuellement, elle présente dans les régions cervicale et sous-maxillaire gauches deux foyers ganglionnaires suppurés, avec fistules. Chacun des foyers a environ le volume du pouce, sa surface est inégale, bosselée, ramollie en cer-

tain points. La peau amincie, violacée, est adhérente aux tissus sous-jacents. Le début de ces accidents est déjà très éloigné et la malade ne peut en préciser la date. — Dans la région sous-maxillaire droite, on trouve un foyer suppuré, offrant le volume d'une noix : ce foyer a évolué en 5 ou 6 mois.

L'état général de la malade est mauvais. Elle est enceinte de 7 mois et accuse des pertes blanches très abondantes. L'appétit est presque nul. Elle tousse et à l'auscultation on trouve des signes manifestes de tuberculose du sommet gauche.

Le 14 mai, après lavage antiseptique de la région, nous injectons autour de chaque noyau ganglionnaire, tant ancien que nouveau, une dizaine de gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/10 en 4 ou 5 piqûres. Nous débridons les foyers fluctuants, évacuons leur contenu : puis nous appliquons un pansement antiseptique. Huile de foie de morue à l'intérieur.

Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, la malade est revue au bout de trois mois seulement, à la suite de son accouchement ; (accouchée et mal soignée par une commère de village, elle présentait des symptômes de métrite qui ont persisté 3 ou 4 semaines). Les ganglions ont diminué considérablement de volume ; les supurations sont taries ; les fistules sont cicatrisées. Quant à la peau, si elle n'a pas repris sa coloration normale, elle est du moins plus facilement mobilisable sur les parties profondes. Les ganglions, récemment suppurés et ouverts dans la région sous-maxillaire droite, ont guéri sans cicatrice apparente.

D'après le récit de la malade, les phénomènes post-opératoires ont été très intenses. Il y a eu un gonflement considérable de toute la région. La douleur très vive a persisté pendant 36 heures. À l'heure actuelle, il n'y a plus de douleur d'aucune nature.

La guérison a été rapide, comme on le voit, quoique la malade fût déjà très affaiblie et qu'aucun soin consécutif aux injections ne lui ait été donné.

En avril 1896, la guérison, constatée il y a 3 ans, persistait d'une façon définitive. Mais, depuis une quinzaine, la malade accuse dans l'aisselle la présence d'un noyau ganglionnaire du volume d'une noisette : ce ganglion est légèrement douloureux. La malade refuse de le laisser traiter, espérant qu'il se résorbera spontanément.

OBSERVATION V

(Personnelle.)

Tumeur blanche du genou droit.

M..., journalier, nous fait appeler, le 29 juin 1895, alors que nous remplaçons M. le Dr Duros. C'est un pauvre diable, miséreux, marié et père d'un enfant de 3 ans idiot. — Son père est mort, à l'âge de 42 ans, d'une fièvre typhoïde. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. — Quant à lui, il a toujours été d'une santé débile, affaibli en outre par les nombreuses privations qu'il a dû subir. On ne relève pas de maladies graves dans ses antécédents morbides. Il tousse chaque hiver : mais à l'auscultation, outre les symptômes de bronchite chronique, on ne trouve pas de signes bien certains de tuberculose pulmonaire.

Son affection actuelle remonte à l'âge de 18 ans. Le début semble avoir été très insidieux : l'évolution a été lente. Le malade a consulté divers médecins, parfois même des empiriques. On lui a appliqué tantôt des vésicatoires, tantôt de la teinture d'iode. Il y a quelques mois, il s'est fait transporter cinq fois, à 40 kilomètres de distance, à la consultation d'un médecin qui lui appliquait une centaine de pointes de feu à chaque séance. C'est, du reste, la seule médication

qui lui ait procuré un soulagement momentané. Depuis quinze jours, M. se trouve dans l'impossibilité absolue de quitter le lit : ses douleurs sont continues et exaspérées par le moindre mouvement et par le simple contact de la couverture.

Le membre inférieur droit est immobilisé dans une flexion légère : il est en rotation externe et le pied repose sur le plan du lit par son bord externe. La peau est transformée en une véritable mosaïque par les traces innombrables d'anciennes pointes de feu. Le genou a pris une forme globuleuse : les culs-de-sac synoviaux, surtout le cul-de-sac interne, sont distendus : les méplats sont remplacés par des saillies très apparentes. — La cuisse et la jambe sont très atrophiées ; les masses musculaires ont disparu et la peau trop abondante flotte autour de l'os comme un sac vide.

A la palpation, on sent très nettement la synoviale bourrée de fongosités. La pression est extrêmement douloureuse, surtout au niveau du ligament latéral interne et de ses attaches au plateau tibial. Les mouvements sont impossibles : et l'excessive sensibilité de l'articulation empêche de rechercher s'il y a oui ou non de la mobilité latérale.

Le malade demande un prompt soulagement : ses ressources pécuniaires ne lui permettant pas de suivre un traitement dispendieux ni de rester longtemps sans travail.

Le lendemain, 30 juin, nous injectons autour de l'articulation, profondément, suivant la technique habituelle, une soixantaine de gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/10 en 25 à 30 piqûres. Nous enveloppons le genou de compresses phéniquées, sans autre pansement. Le malade

est prévenu de la douleur et de l'œdème qui ne manqueront pas de se produire.

Le 7 juillet, nous revoyons le malade : il a éprouvé, dit-il, des douleurs atroces pendant 18 heures environ. Actuellement il souffre peu : cependant la région latérale interne du genou présente une vive sensibilité à la pression. Le membre est resté œdématisé. — On fait une nouvelle injection de chlorure de zinc à 1/10, 30 gouttes en 10 à 12 piqûres à la région latérale interne seulement, tant autour du plateau tibial qu'au niveau du condyle fémoral : la canule est enfoncée très profondément de façon à atteindre autant que possible le périoste. La réaction douloureuse est la même que précédemment.

Au bout de 15 jours, nous voyons le malade. Toute douleur spontanée a disparu. Malgré la prescription formelle du repos au lit, le malade s'est levé pour aller remplir ses devoirs électoraux : depuis lors, il continue à marcher en s'aidant d'un bâton. Il existe à peine à la partie interne du plateau tibial une sensibilité légère que réveille la pression du doigt. Le malade, enchanté du traitement et surtout de ses résultats, se donne de grands coups de poing sur le genou pour nous montrer l'absence de toute douleur. Nous conseillons une nouvelle injection avec quelques jours de repos : mais le malade se juge suffisamment guéri et veut reprendre son travail.

Résultats éloignés.— En avril 1896, nous avons vu, avec M. le Dr Duros, son client. Le membre inférieur droit est ankylosé dans une flexion très légère. Ce défaut de rectitude doit être attribué à ce que les brides fibreuses formées autour de l'articulation n'ont pas été rompues par un redres-

sement forcé et par une immobilisation prolongée. — Le genou a un volume à peu près normal : les saillies de la synoviale se sont affaissées et l'on voit se dessiner sous la peau les contours de la rotule. — Il reste une légère douleur au niveau du plateau interne du tibia. Cependant le malade a pu travailler tous les jours sans interruption pendant l'hiver, et cela sans fatigue excessive, alors qu'antérieurement il était contraint de rester la moitié du temps au lit.

La cuisse est très atrophiée ; mais la jambe a déjà repris en partie son volume : sa circonférence a augmenté de 6 centimètres.

Ce résultat est d'autant plus satisfaisant qu'il a été obtenu en trois semaines seulement, sans aucun traitement interne, chez un malade affaibli et privé des soins les plus nécessaires.

OBSERVATION VI

(Personnelle,)

Spina ventosa multiples des deux mains.

G..., 2 ans, est présenté à la consultation de M. le Dr Duros, le 8 juin 1895. Cet enfant, né le 12 avril 1893, a un aspect chétif, souffreteux.

Le père et la mère sont bien portants : on ne relève, ni chez eux, ni chez leurs ascendants, aucun indice de tuberculose.

Jusqu'en avril 1894, c'est-à-dire vers l'âge d'un an, l'enfant n'a présenté rien de particulier : il semblait même plus gros et plus fort que les enfants de son âge. A cette époque, les parents ont remarqué un léger gonflement siégeant au niveau de la première phalange de tous les doigts de la main droite : ce gonflement s'est accentué peu à peu au point d'atteindre, pour chaque doigt, le volume d'un pouce d'adulte (août 1894). Le pouce, l'index et le médus de la main gauche furent à leur tour atteints et ne tardèrent pas à devenir aussi gros que ceux de la main droite. Les tumeurs restèrent stationnaires jusqu'en mai 1895 : alors l'affection qui semblait sommeiller, subit une nouvelle poussée. Jusque-là les doigts étaient peu douloureux : mais alors le petit

malade trahit par ses cris les souffrances qu'on lui faisait éprouver en touchant ses mains. La peau, d'abord mobile sur les tumeurs, contracta des adhérences : à l'index, au médius et à l'annulaire droits, ainsi qu'au médius gauche, elle devint violacée, s'amincit et finalement s'ulcéra. L'état général devint mauvais, l'appétit irrégulier, les nuits agitées. En face de cette suppuration persistante, les parents commencent à s'inquiéter et se présentent à la consultation de M. le Dr Duros.

La main droite, avec ses cinq doigts déformés, offre l'aspect d'un éventail ; l'auriculaire est tellement repoussé par les doigts voisins qu'il semble luxé. Chacun des doigts présente la forme d'une massue à grosse extrémité située près de l'articulation métacarpo-phalangienne. Les tendons fléchisseurs ont été tirillés par suite de l'augmentation de volume de la première phalange, et peut-être leur gaine elle-même est-elle envahie : aussi les doigts sont-ils en demi-flexion. L'extension absolue n'est plus possible, la flexion complète ne l'est pas davantage. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont atteintes : les articulations interphalangiennes sont saines. Les mouvements provoqués sont douloureux et la pression au niveau des divers points d'ostéite fait pousser des cris à l'enfant. — L'index, le médius et l'annulaire présentent du côté de leur face dorsale une fistule qui laisse suinter un pus grisâtre : la peau qui borde ces fistules est amincie, déchiquetée, violacée. Le stylet arrive facilement sur la phalange indurée, mais ne peut pénétrer dans la cavité médullaire.

La main gauche offre les mêmes lésions, mais à trois doigts seulement ; l'annulaire et l'auriculaire ont été res-

pectés. Aussi la forme en éventail est-elle moins caractéristique. Le médius seul est ulcéré sur sa face dorsale.

L'enfant présente en outre, dans la région frontale, au-dessus de l'arcade sourcillière gauche, une ulcération qui semble de même nature que celle des doigts. Les bords en sont amincis, livides, déchiquetés : le fond est gris jaunâtre et laisse suinter une petite quantité de pus. L'ulcération, de la grandeur d'une pièce d'un franc, remonte à un mois environ et a été précédée d'un épaissement de la peau avec coloration rouge bleuâtre des téguments : c'est du moins ce que nous rapportent les parents.

L'existence de cette ulcération consécutive à une gomme cutanée, coïncidant avec les lésions des doigts, rend le diagnostic hésitant entre la syphilis et la tuberculose. Mais il est impossible, après un interrogatoire minutieux, de relever chez les ascendants aucune trace de l'une ou l'autre maladie. Aussi, pour lever tous les doutes, soumet-on le malade à la médication spécifique.

Au 25 juin, on n'a encore obtenu aucun résultat. M. le Dr Duros, forcé de s'absenter, nous demande de le remplacer près de sa clientèle. A propos de ce malade, il nous suggère l'idée de lui appliquer la méthode sclérogène du Professeur Lannelongue. — Le 27 juin, nous injectons autour de la tumeur siégeant sur le médius gauche une dizaine de gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/20 en 4 piqûres. L'index droit est traité de la même façon. Pansement antiseptique. Pour les autres doigts, nous nous réservons d'attendre les résultats de ce traitement. — L'ulcération du front est cautérisée au nitrate d'argent et recouverte d'un pansement antiseptique.

L'enfant est revu le 5 juillet. La douleur consécutive aux injections a été de courte durée. La suppuration semble moins abondante aux deux doigts traités : la peau a repris une certaine mobilité.

20 juillet. — Les deux doigts injectés ont sensiblement diminué de volume et sont beaucoup moins douloureux à la pression : la peau est mobile, encore rouge, mais non violacée et luisante comme elle était auparavant. Plus de suppuration, les trajets fistuleux commencent à se fermer. Malheureusement, l'état général est peu brillant : l'enfant reste toujours maigre, émacié comme tous les malades souffrant d'une suppuration prolongée.

Le 1^{er} août, le petit malade est atteint de broncho-pneumonie. Il meurt le 4 août après 4 jours de maladie seulement.

CONCLUSIONS

1° La méthode dite sclérogène, ou des injections de chlorure de zinc à la périphérie des lésions tuberculeuses localisées, donne de bons résultats.

2° Elle est surtout indiquée dans les tuberculoses locales non suppurées dont elle suffit souvent à amener la guérison.

3° Dans les tuberculoses suppurées et ouvertes, il est souvent nécessaire d'y adjoindre une autre méthode de traitement; mais dans les cas où une opération sanglante est devenue nécessaire, elle offre l'avantage de circonscrire les lésions et d'établir une limite entre les tissus relativement sains et ceux dont l'organisme doit être débarrassé.

4° La méthode sclérogène, en empêchant, dans une certaine mesure, la résorption des produits tuberculeux, peut avoir une action favorable sur l'état général des malades.

5° Si elle a donné de beaux résultats dans la clientèle hospitalière, elle nous semble encore plus applicable à la campagne, où elle n'effraie pas le malade comme une opération sanglante, et où elle nous a paru donner, dans un temps relativement court, des résultats appréciables.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BIAGINI. — Sperimentale, 13 mai 1892.
- BILHAUT. — Gazette médico-chirurgicale de Toulouse, 1892.
- BLAISOT. — Th. Paris, 1892.
- BORDESCU. — Spitalul, février 1892.
- BRUNS. — Arch. für Chirurgie, 1889.
- CHARTRAUD. — Gaz. Méd. Montréal, 1891, p. 529.
- CHARVOT. — Soc. Chirurgie, 30 décembre 1891.
- COUDRAY. — Congrès Tuberculose, 2 août 1891.
- Congrès Chirurgie, 1892.
- — 1893. Bull. méd., p. 311 et 331.
- DAVID. — Congrès pour l'avancement des sciences, 1891.
- Th. Bordeaux, 1892.
- DESGUINS. — Soc. Méd. d'Anvers, 1892.
- DUBOIS. — Congrès Chirurgie, 1892.
- ISCOVESCO. — Congrès Chirurgie, 1892.
- KRAUSE. — Berlin-Klin., 1891.
- LANNELONGUE. — Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et autres parties du corps humain, Paris, 1891.
- Académie des Sciences, 6 juillet 1891.
- Académie de Médecine, 7 juillet 1891.

- Société de Chirurgie, 23 décembre 1891.
— Congrès de Chirurgie, 1892 et 1893.
LUTON. — Traité des injections sous-cutanées.
MARTY. — Th. Bordeaux, 1891.
MAUCLAIRE. — Gaz. Hôpitaux, 14 mai 1891.
— Th. Paris, 1893.
MESNARD. — Congrès français Chirurgie, 1892, in Bull. méd., p. 829.
PERLIS. — Th. Paris, 1892.
PHOCAS. — Du Spina Ventosa, son traitement, in Gaz. des Hôp., 1893, n° 7, p. 57.
— 7° Congr. Chirurgie, Bull. méd., 1893, p. 319.
POUX. — Th. Paris, 1892.
PRENGRUEBER. — Soc. de Chirurgie, 2 décembre 1891, t. XVII.
QUÉNU. — Soc. Chirurgie, 18 mai 1892.
RECLUS. — Soc. Chirurgie, 25 novembre 1891, t. XVII, p. 707.
REYNIER. — Soc. Chirurgie, 30 décembre 1891.
SACHAROFF. — Chirurgie-Sietofrin, 1892, t. II.
TIMMERMANS. — Th. Paris, 1892.
THOLANCE. — Th. Montpellier, 1894.
WENDESTADT. — Centralblatt für Chirurgie, 1889.
ZEMATSKY. — Ann. chir. russes, in Méd. Moderne, 1896.

Vu :

Le Président,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

